FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N° 783

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Françoise ALLIOT née FONTAINE

le 24 Juin 1934 à PARIS (9ème)

C.E.S. de Stomatologie

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

CONTRIBUTION A L'ETUDE CHIRURGICALE DU NERF MENTONNIER

Président : Mr. M. DECHAUME, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Françoise ALLIOT née FONTAINE

le 24 Juin 1934 à PARIS (9ème)

C.E.S. de Stomatologie

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE CHIRURGICALE DU NERF MENTONNIER

Président : Mr. M. DECHAUME, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . **Gaston CORDIER**
2e ASSESSEUR . . . . . **Paul CASTAIGNE**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Cochin	ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÉZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Grand-Père

Le Médecin Général S. RIGOLLET

A mes Parents, et en particulier à mon Père

Que le diplôme de sa fille, consacre l'intérêt et le dévouement qu'il porte à la cause Médicale.

A mon Mari

A mes Enfants.

Meis et Amicis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549214_0023

A Monsieur le Professeur Michel DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique à la Faculté de Médecine de Paris.

Stomatologiste des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire

Croix de Guerre 1914-1918.

En remerciement du grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse et en témoignage de profonde gratitude pour l'enseignement qu'il m'a dispensé dans son Service.

A Monsieur le Docteur LACAISSE

Stomatologiste des Hôpitaux

Qui a bien voulu m'accueillir dans son Service et guider mes premiers pas en stomatologie.

En témoignage de profonde gratitude pour son indulgence et ses conseils qui ont rendu moins acides mes débuts dans la Spécialité.

A Monsieur le Docteur LAMBERT

Stomatologiste des Hôpitaux.

Auprès duquel j'ai trouvé, et je trouve un enseignement précieux et une grande bienveillance.

Il m'a accueilli dans son Service où il dispense un enseignement clair et vivant fondé sur l'étendue de ses connaissances et la logique de sa thérapeutique. Je suis heureux de pouvoir l'en remercier ici.

A Monsieur le Docteur DESCROZAILLES

Stomatologiste des Hôpitaux

Qui m'a fait profiter de sa très grande expérience en stomatologie à l'Hôpital St-Vincent-de-Paul, et qui avec beaucoup de bienveillance m'a aidé de ses conseils dans l'accomplissement de ce travail.

Je l'en remercie vivement.

A Monsieur le Docteur M.P. MARIE

Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse et m'a constamment guidé dans sa réalisation.

Avec toute ma reconnaissance pour les conseils précieux qu'il m'a donné et en remerciement de l'aide qu'il a bien voulu m'apporter.

INTRODUCTION

Il en est en stomatologie comme dans toutes les branches de la médecine ; la pathologie et la thérapeutique ne peuvent prétendre être étudiées sérieusement et avec profit que si elles s'appuient sur des bases anatomiques sérieuses.

I - C'est pourquoi nous commencerons notre étude sur "l'abord chirurgical du nerf mentonnier" par une étude approfondie de la région mento-génienne, portant successivement sur

- l'anatomie du trou mentonnier et ses variations
- les plans musculaires qui le recouvrent
- enfin le nerf proprement dit.

II - Cette étude anatomique sera suivie d'une étude radiologique mettant en évidence non seulement les techniques employées,

mais encore les résultats

et les erreurs d'interprétation possibles.

III - Notre troisième chapitre abordera la chirurgie proprement dite de la région prémolaire inférieure et les interventions que l'on peut y voir pratiquées, nous en étudierons d'abord les indications

puis les techniques.

1 - Il est en effet parfois souhaitable pour le praticien D'ABORDER le trou mentonnier ou le nerf lui-même.

- pour une simple anasthésie du bloc incisivo canin et prémolaire.
- pour une neurotomie du nerf pour algie essentielle.

2 - La plupart du temps il tâchera au contraire de L'EVITER et le problème de cette conservation se posera à lui

a - devant des interventions endobuccales

= intéressant la muqueuse

Ainsi les incisions pour - accidents inflammatoires

- section de bride ou réfection de vestibule

= intéressant le tissu osseux

C'est le cas - de certaines interventions relevant de la chirurgie préprothétique

- des alvéolectomies à la recherche d'un fragment radiculaire.
- des curettages osseux pour résection apicale
- du drainage apical
- des exérèses de tumeurs bénignes.

b - Nous envisagerons ensuite les interventions par voie cutanée, telles qu'en nécessitent

- l'ostéosynthèse pour fracture
- le traitement chirurgical de la
  - prognathie et latérognatie mandibulaires

ou - des tumeurs malignes

en insistant en fait, dans ces trois cas sur l'importance très relative des séquelles dues à la lésion du mentonnier, en face de l'importance du pronostic en jeu.

oOo

I - ANATOMIE

I - Avant d'aborder la description du nerf mentonnier et des régions qu'il innerve, étude préliminaire à tout essai chirurgical sur la région, il est indispensable d'arrêter quelques instants notre attention sur l'os maxillaire inférieur et particulièrement sur sa PARTIE ANTERO-EXTERNE qui représente le plan le plus profond de la région qui nous intéresse.

1 - LA FACE ANTERIEURE convexe présente sur la ligne médiane une crête verticale, la symphyse mentonnière, se terminant en bas sur le sommet d'une saillie triangulaire à base inférieure : l'éminence mentonnière.

2 - DANS SON SEGMENT LATERAL, la face externe du corps du maxillaire inférieur est parcourue par une ligne oblique en haut et en arrière, la LIGNE OBLIQUE EXTERNE.

- Commençant au niveau du tubercule mentonnier, la ligne est presque horizontale, parallèle à la lèvre supérieure du bord inférieur du maxillaire ou confondue avec elle jusqu'au droit de la première ou de la deuxième molaire.

- Puis, se portant rectiligne en haut et en AR, elle se continue avec le bord antérieur de la branche montante. Le muscle triangulaire des lèvres s'insère sur le versant supérieur de la ligne oblique externe, dans son 1/3

antéro-interne : le muscle carré du menton, plus étalé que lui, se fixe juste au-dessous de lui, à son contact, et s'étend plus loin, en dehors et en AR sur la ligne oblique externe.

AU-DESSOUS de la ligne oblique externe la face externe du corps du maxillaire est lisse, plane ou légèrement convexe de haut en bas...

AU-DESSUS de la ligne, la face externe est creusée, à sa partie postérieure, en une gouttière parfois assez profonde, oblique en bas et en avant, gouttière comprise entre la ligne oblique en bas et en dehors et le bord externe des alvéoles des deux dernières molaires en haut et en dedans.

- Sur tout le segment latéral du corps du maxillaire la saillie des racines et les dépressions inter-alvéolaires sont beaucoup moins nettes qu'au niveau de la région médiane, le muscle buccinateur prend origine sur la face externe du maxillaire, suivant une ligne presque horizontalement dirigée d'arrière en avant, située très peu au-dessous du rebord alvéolaire, le long des trois ou quatre dernières molaires.

Os maxillaire inférieur - Squelette osseux

d'après ROUVIERE)

L'étude de la partie antéro-externe de la mandibule nous amène à considérer :

Le Trou mentonnier

- orifice de sortie du canal dentaire, se voit au-dessus de la ligne oblique externe.

- Large de 2 mm en moyenne, il est arrondi ou ovalaire, bien limité en bas / en AV / en AR par un bord tranchant, alors que la partie supérieure de son contour est aplatie par l'origine d'une courte gouttière oblique en haut et en dehors.

- Le trou mentonnier peut être double, il s'agit le plus souvent d'une simple division par une cloison.

- La situation du trou est très variable, non seulement avec les maxillaires mais encore suivant le côté d'un même maxillaire (Olivier) la symétrie est exceptionnelle.

- en hauteur, l'orifice répond à peu près à la moitié du corps du maxillaire, souvent il se trouve légèrement au-dessous de la moitié ; en fait il semble (Daniel Molière) que la distance qui sépare le trou du bord inférieur de l'os soit très variable ; elle est plus grande chez l'individu édenté.

- dans le sens antéro-postérieur, il est situé le plus souvent au droit de la deuxième prémolaire (Farabeuf, Paulet et Sarazin).

- Variations

La situation du trou mentonnier par rapport aux dents varie également avec l'état de l'arcade alvéolaire, par conséquent avec L'AGE, comme l'ont montré Dieulafé et Gayral.

- A la naissance il est en regard du germe de la canine.

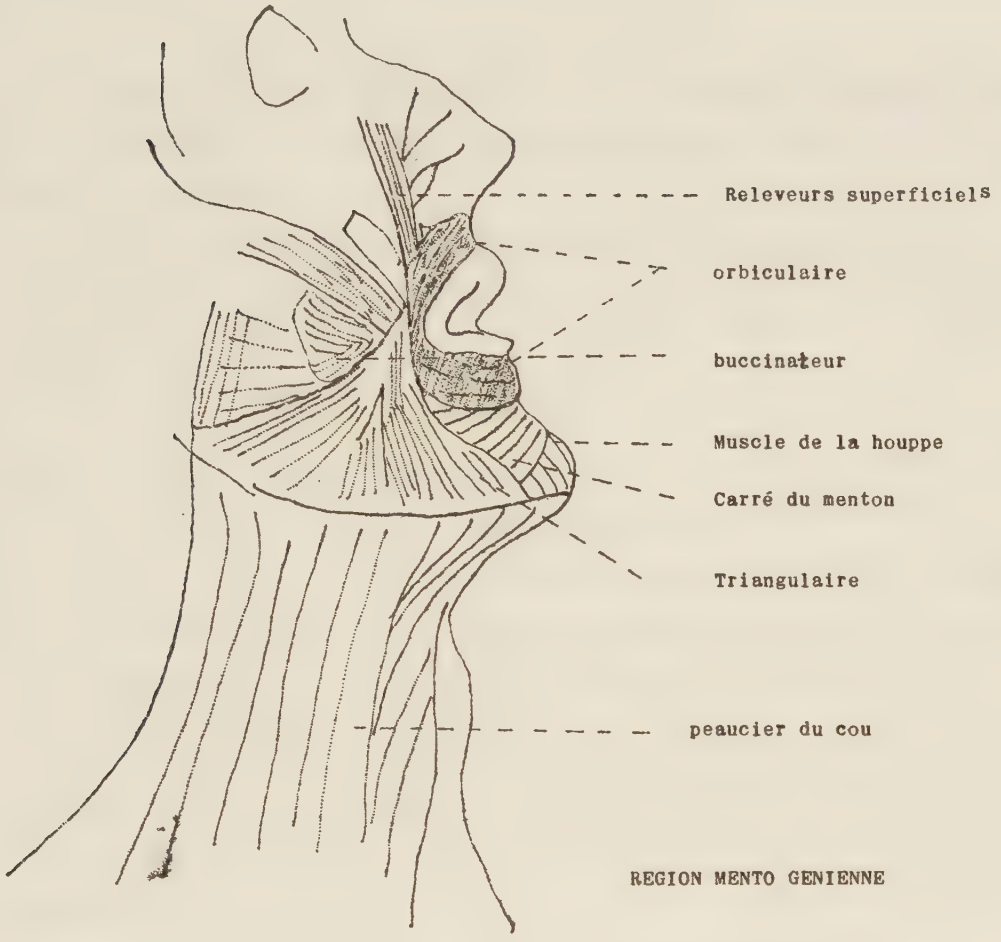
- A 13 ans, à son bord postérieur.

- Chez l'adulte, il atteint la deuxième prémolaire ou reste un peu en avant d'elle.

La distance entre le trou mentonnier et la symphyse est également variable avec l'âge,

- chez le foetus à terme elle est de 14 mm.
- chez l'enfant de 7 ans, de 20 mm.
- chez l'adulte de 26 mm.

II - Le squelette osseux mis en place, avant d'aborder l'étude du nerf proprement dit et des orifices d'entrée et de sortie celui-ci il est bon d'étudier LES REGIONS MUSCULAIRES auxquelles il appartient.



REGION MENTO GENIENNE

D'après ROUVIERE

Le point d'émergence du nerf mentonnier, le trou mentonnier se trouve en quelque sorte aux confins de deux régions.

A - La région mentonnière - pour sa partie externe

B - La région génienne basse - pour sa partie antérieur

En étudiant ces régions de la superficie à la profondeur on trouvera :

A - au niveau du menton :

- la peau, qui est épaisse et adhérente, au-dessous d'elle se trouve une couche cellulo-graisseuse sous-cutanée peu développée traversée par des fibres musculaires qui s'attachent à la peau.

Cette couche se compose de 3 muscles qui sont de dehors en dedans :

1 - Le muscle de la houppe du menton, faisceaux situés de part et d'autre de la ligne médiane, dans l'espace triangulaire compris entre les deux carrés du menton.

Ils naissent des saillies alvéolaires des deux incisives et de la canine, au-dessous de la gencive, puis se dirigeant en bas et s'épanouissant ils s'attachent à la peau du menton.

2 - Le carré du menton est aplati
quadrangulaire
situé à la partie latérale du menton et de la lèvre inférieure, entre le maxillaire inférieur et la lèvre inférieure.

Naissant du 1/3 antérieur de la ligne oblique externe du maxillaire inférieur, les fibres montent obliquement en haut et en dedans et constituent une lame musculaire losangique dont le bord antérieur s'unit en haut sur la ligne médiane à celui du côté opposé. Elles s'attachent à la peau de la lèvre inférieure.

3 - Le triangulaire des lèvres est large
mince
aplati
étendu entre la mâchoire inférieure et la commissure des lèvres
s'insérant par sa base à la partie antérieure de la ligne oblique externe, au-dessous de la ligne d'attache du carré du menton.

De cette origine, les fibres charnues vont à la commissure labiale où elles s'entrecroisent avec celles des zygomatiques et des releveurs qui sont plus superficielles et celles du buccinateur qui sont plus profondes.

Elles s'attachent à la peau de la lèvre supérieure et de la commissure.

B - Plus en dehors la région qui nous intéresse comprendra, outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané déjà décrit, deux plans musculaires :

- un plan musculaire discontinu, formé des muscles peauciers, plats et minces.
  - releveur superficiel de l'aile du nez et de la lèvre supérieure
  - le petit et le grand zygomatique
  - le risorius de Santorini
  - les faisceaux postérieurs des peauciers du cou
  - le triangulaire des lèvres.
- un plan musculaire profond composé de heut en bas par :
  - le releveur profond de l'aile du nez et de la paupière supérieure
  - le canin
  - le buccinateur
  - les faisceaux les plus externes du carré du menton.

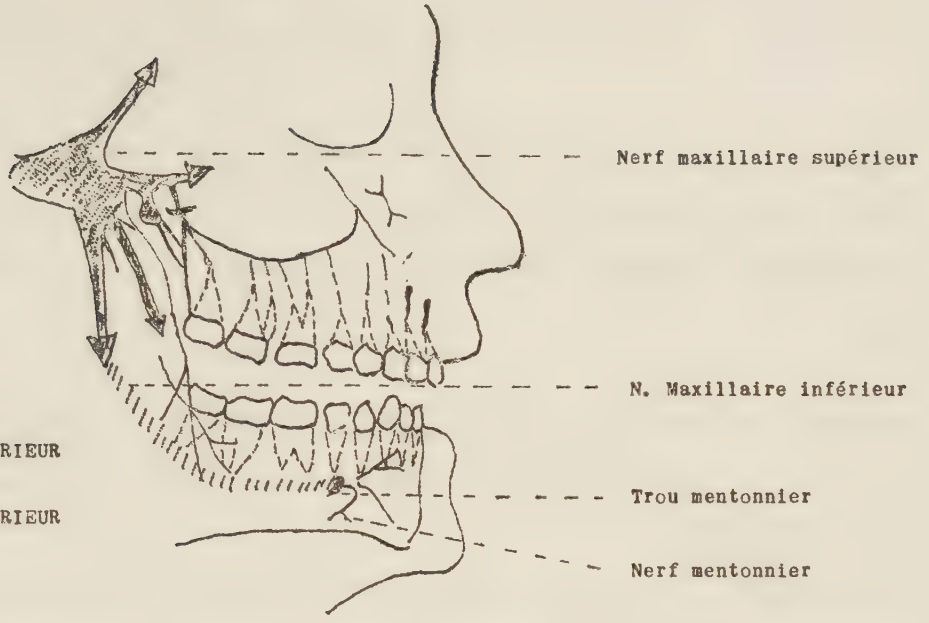
C - La portion de la muqueuse buccale qui entre dans la constitution de la région mento-génienne forme la paroi externe, ou jugale du vestibule de la bouche, elle tapisse la face profonde du buccinateur et lui adhère par un tissu conjonctif sous-muqueux très dense, la muqueuse de la joue se réfléchit sur les arcades gingivo-dentaires en formant les gouttières vestibulaires supérieures et inférieures.

Il faut insister surtout ici sur l'existence de la gouttière Fuccinato-maxillaire qui est formée en dedans par la face externe du maxillaire supérieur, (au-dessus de la ligne oblique externe, en dehors par le buccinateur. Se base supérieure correspond à la muqueuse du sillon gingivo-jugal.

En avant cette gouttière vient s'ouvrir dans un espace cellulo graisseux, c'est le quadrilataire de moindre résistance de Chompret que présente le

plan musculaire de la région génienne que nous venons de voir.

- L'étude de cette région est intéressante car nous verrons les possibilités d'"abcès migrateur" du vestibule inférieur lié à leur accident d'évolution de la dent de sagesse inférieure qui nécessite une incision muqueuse dans la région de l'apex des prémolaires et donc du nerf mentonnier.



III - Abordons maintenant l'étude du NERF MENTONNIER proprement dit.

Nous savons que le nerf dentaire inférieur dont il est une des branches terminales, pénètre dans le canal dentaire, dont l'orifice d'entrée, ouvert en haut et en arrière surplombé à sa partie antérieure et supérieure, se trouve à la face interne de la branche montante, à égale distance du bord antérieur et du bord postérieur et à mi-chemin entre le bord inférieur et la concavité de l'échancrure sigmoïde sur le prolongement du bord alvéolaire chez le sujet denté.

Après son cheminement dans le canal dentaire il se divise à la hauteur du trou mentonnier en donnant 1 - le nerf incisif

2 - le nerf mentonnier

Le nerf mentonnier sort par le trou mentonnier : son volume égale les 2/3 de celui du dentaire.

TRAJET

- Dès sa sortie il est divisé en général en 3 faisceaux, de volume inégaux, reliés par du tissu cellulaire assez lâche, qui peuvent se séparer sans difficulté.

- Recouvert par le muscle carré du menton le mentonnier donne presque immédiatement des filets qui se portent aux glandules buccales, à la muqueuse labiale et à la peau de la lèvre.

- LE TERRITOIRE CUTANE, d'après Zander ne s'étendrait pas seulement à la région comprise entre la fente buccale et le menton, mais s'étendrait plus en dehors et déborderait même sur la partie externe de la lèvre supérieure.

Au niveau du menton, le territoire du mentonnier déborderait la ligne médiane, chevauchant sur le territoire du nerf sous-orbitaire.

Superficiellement les filets mentonniers de la branche cervico-faciale, croisent la direction du nerf mentonnier, ils glissent à la face profonde du carré du menton, ou bien situés d'abord superficiellement par rapport à lui, ils le perforent pour gagner la face profonde.

Les deux nerfs s'anastomosent, cependant certains auteurs ne voient dans cette anastomose qu'une intrication des filets.

D'autre part, il semble qu'un certain nombre de faisceaux nerveux se perdent dans les muscles mentonniers, en particulier dans le muscle carré du menton, il y a parmi les auteurs de grandes divergences à ce sujet ;

Selon certains, la branche mentonnière se partage aussitôt sous le muscle triangulaire des lèvres en 2 rameaux : les nerfs labiaux inférieurs.

- L'externe donne des filets au muscle triangulaire des lèvres mais principalement à la partie inférieure de l'orbiculaire.

- L'interne donne des filets au muscle abaisseur de la lèvre ou releveur du menton, à la partie moyenne de l'orbiculaire des lèvres.

oOo

II - R A D I O L O G I E

Sans vouloir minimiser le rôle capital de la clinique dans l'établissement de tout diagnostic stomatologique il faut cependant reconnaître que le radiodiagnostic apporte au praticien un supplément d'information dont il ne saurait se passer qui lui permet d'envisager décisions thérapeutiques et surtout technique opératoire avec un maximum de sûreté et de sécurité.

En étudiant dans le chapitre suivant la pathologie de la région prémolaire inférieure nous verrons en détail, à quel point, dans cette zone délicate, les données radiologiques sont importantes. Disons simplement pour l'instant qu'elles nous permettent non seulement un diagnostic de la lésion en cause mais encore apportent sur les organes de voisinage des renseignements précieux :

- forme et direction des prémolaires
- aspect et épaisseurs des tables osseuses
- et surtout rapports topographiques entre la lésion sur laquelle on intervient, le canal dentaire et le trou mentonnier.

TECHNIQUE

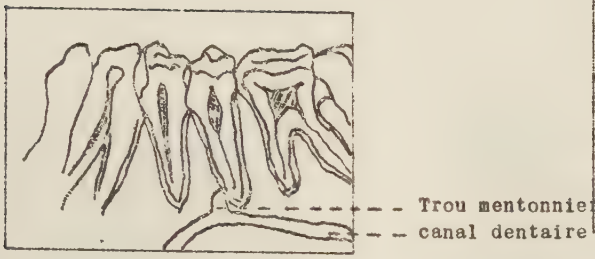
Nous décrirons décrirons des méthodes A - endo-buccales
et B - extra-buccales

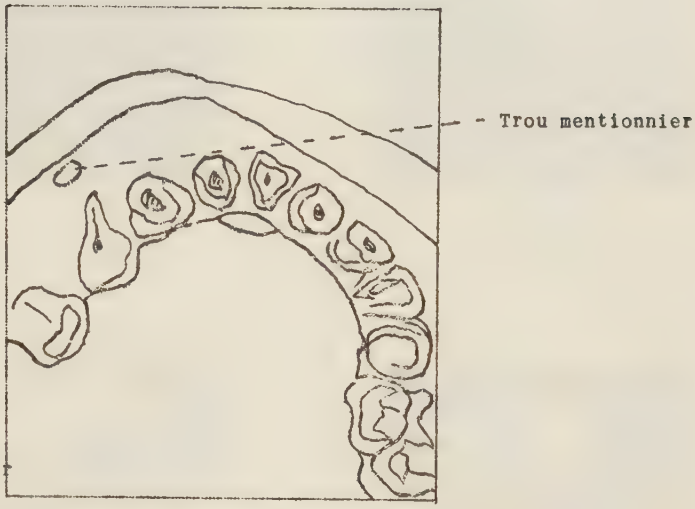
A - Endo-buccales

1 - L'exploration radiologique la plus courante est naturellement la

radio intra-buccal sur film vertical (Méthode de Dieck).

FILM RETRO ALVEOLAIRE





PROJECTION AXIALE, METHODE DE SIMPSON

(D'après BONNEAU encyclopedie médico chirurgicale)

Le film est situé verticalement, contre la face linguale des prémolaires.
Son bord antérieur doit arriver sur la face mesiale de la canine.
Le cône localisateur sera dirigé vers le haut, selon une incidence de 10. 15°.

- Le trou mentonnier apparaît au droit de la deuxième prémolaire, parfois entre les racines des deux prémolaires.

Nous empruntons à l'iconographie du Docteur M. P. Marie les documents radiographiques ci-contre qui illustrent de façon parfaite les résultats précédents :

- Aussi sur le cliché n° 1 (film rétro-alvéolaire classique d'interprétation facile) et n° 5, le trou est situé au droit de la deuxième prémolaire à distance de la dent, dont le ligament est parfaitement visible ; sur le cliché n° 8 nous

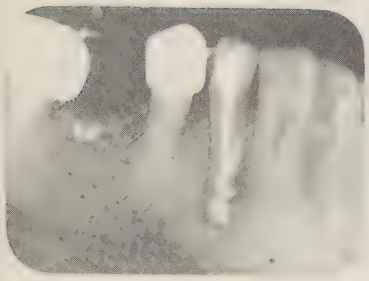


Fig. 1

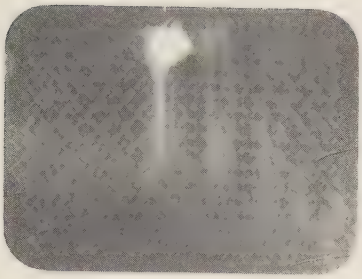


Fig. 2

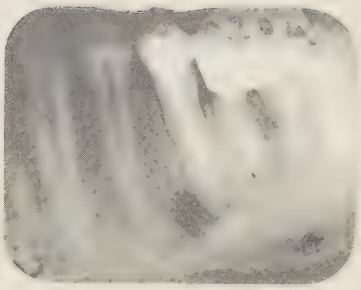


Fig. 3

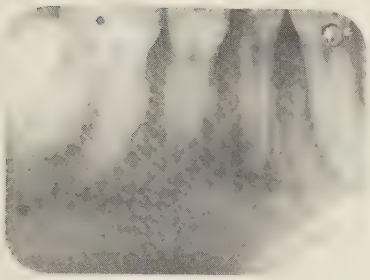


Fig. 4

Fig. 5

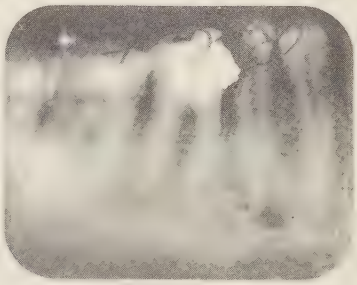


Fig. 6

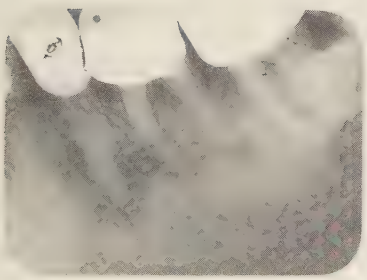


Fig. 7

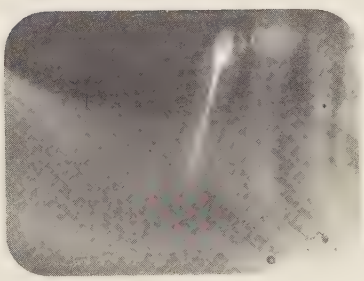


Fig. 8

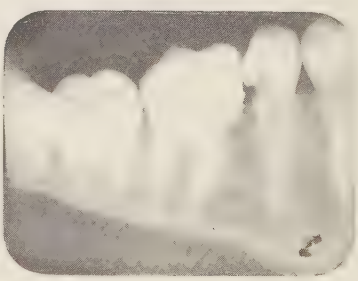


Fig. 9

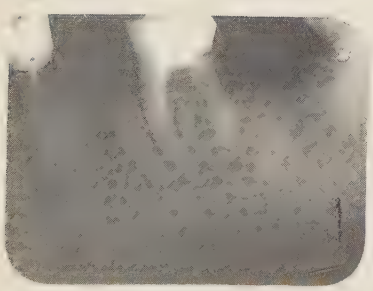


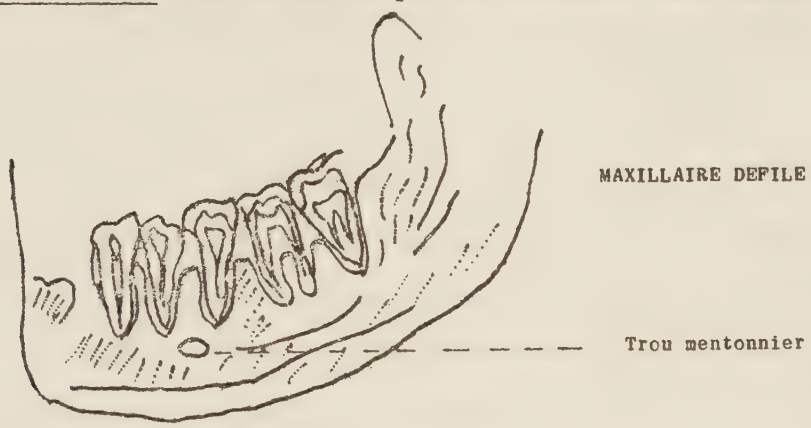
Fig. 10

Différents aspects radiologiques du trou mentonnier et de la région apicale prémolaire inférieure. (collection du Dr. M.P. Marie)

le voyons par contre en situation moins classique entre les deux prémolaires, d'autre part sur le cliché n° 9 il est impossible de situer seulement la présence du trou.

2 - On emploie également la radio sur film axial selon la méthode de Simpson :
Le film étant maintenu par le patient entre les deux arcades, le cône est placé perpendiculairement au film à environ 3 cm en arrière de la symphyse mentonnière.

B - Méthode extra-buccale, c'est la technique de Bélot ou maxillaire défilé.

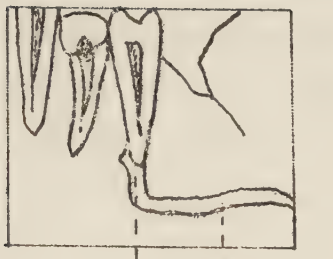


La joue du patient repose sur la cassette.
Le rayon principal incliné par rapport au plan occlusal de 20°, en rasant le bord inférieur du côté opposé.

Résultats

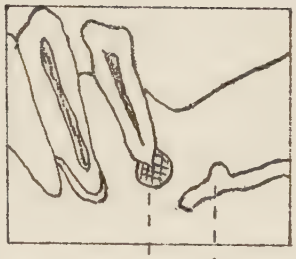
Ce qui nous intéresse ici n'est pas tant : "le diagnostic radiologique d'une lésion, siégeant dans la région prémolaire inférieure", mais plutôt : "Avec quoi peut-on confondre et comment reconnaître le trou mentonnier". Les possibilités d'erreur existent en effet et peuvent se rencontrer dans deux cas :

1 - Chez l'individu normalement denté :
Le diagnostic différentiel important sera la lésion apicale.



canal dentaire

Trou mentonnier



canal dentaire

Granulome

En effet celle-ci se présentant sous forme de croissant clair ou de petite masse arrondie siégeant à l'apex de la dent il suffit d'une légère erreur de centrage, d'une obliquité un peu trop grande des rayons pour que le trou mentonnier présente les mêmes caractéristiques de forme et de situation qu'un granulome ou un petit kyste et semble coiffer l'apex.

- C'est pourquoi il ne faudrait fonder un diagnostic que sur une radio correctement prise et s'assurer avant de conclure à l'existence d'une lésion que le trou mentonnier est localisable par ailleurs.

- On attachera également une grande importance à l'étude du liseré ligamentaire ; normalement celui-ci borde nettement la racine sur toute sa hauteur, sans élargissement ni disparition si la dent est saine.

L'existence de ce liseré, même en présence d'une tache noire au contact de l'apex de la 2ème prémolaire qui pourrait en imposer pour une lésion apicale permet d'affirmer la nature du trou mentonnier.

- On cherchera aussi à situer le canal dentaire inférieur, bien visible la plupart du temps et dont la heuteur et l'orientation pemettent de situer le trou.

a - Ainsi sur le cliché n° 3 seule l'appartenance au nerf dentaire inférieur fait penser que trou mentonnier et foyer apical se projettent l'un sur l'autre ; par contre le cliché n° 7 montre un large foyer dans lequel le nerf dentaire inférieur vient se perdre ; on ne peut donc pas en tenir compte pour situer le trou mentonnier.

b - Le cliché n° 10 est fort intéressant, la deuxième prémolaire ayant été extraite on voit une ombre vasculaire naissant du trou et irriguant le septum.

c - Les clichés 2 et 4, d'interprétation difficile donnent toute leur valeur à la présence du liseré ligamentaire, on peut suivre le ligament tout autour de l'apex.

d - Sur le cliché n° 6 il est impossible de diagnostiquer la nature de l'image située à l'apex de la deuxième prémolaire, en fait l'obturation du canal et la surveillance montreraient une variation de l'image au cours des mois suivants.

2 - Chez l'individu édenté :

Le problème sera plus difficile car 2 points de repère nous manquent.

1 - L'absence de dents qui ne nous permettra pas de situer le niveau exact de la zone prémolaire dans le plan antéro-postérieur.

2 - La résorption alvéolaire : Le trou mentonnier est beaucoup plus près du bord supérieur de l'os que du bord inférieur et se trouve parfois à quelques millimètres de la crête. C'est en fait la disparition de létage alvéolaire de la mandibule qui semble faire croire à une "ascencion" du trou mentonnier, en fait il n'en est rien.

Le diagnostic sera parfois difficile entre ces cas limites et des lésions telles que :

- apex de racine résiduel
- granulome restant en place après une extraction
- géode etc...

et la localisation du canal dentaire prendra une valeur encore plus grande que précédemment.

III - P A T H O L O G I E

L'étude chirurgicale de ce nerf sera orientée dans deux directions commandées par les circonstances et la thérapeutique.

A - Pour aborder ce nerf, ou plus exactement son orifice de sortie

B - Pour l'éviter surtout, car de nombreuses interventions portant sur la région antéro-externe de la mandibule risquent de le léser et l'on sait l'importance de la gêne due à la section ou la lésion grave du mentonnier. En effet il s'agira d'une anesthésie gingivale et labiale inférieure gênante non seulement par elle-même mais par les troubles secondaires qu'elle occasionne, morsures de la lèvre et brûlures dont la gravité n'est pas à négliger.

Nous envisagerons successivement les indications et les techniques de ces diverses interventions.

A - POUR L'ABORDER

Dans quel cas se trouvera-t-on devant ce problème. "Par où et comment aborder le nerf mentonnier ?"

Cette question se pose en fait pour le stomatologiste dans des circonstances fort différentes :

1 - De façon fréquente, banale, se pose le problème de l'anesthésie de la région incisivo-canine. C'est un acte de pratique courante, ne requérant qu'une tactique particulière.

2 - De façon rare, inhabituelle, peu fréquente, à tel point que le stomatologiste averti n'en pratiquera que quelques-unes au cours de sa vie professionnelle, se pose le problème de la neurotomie de cette branche du dentaire inférieur.

1 - Anesthésie

INDICATION

- Certes - les indications absolues à l'infiltration du nerf mentonnier pour l'anesthésie de la région incisivo-canine et prémolaire n'existent pas... en effet l'anesthésie locale, et si nécessaire une anesthésie tronculaire à l'épine de Spix permettent de négliger cette technique.

- Cependant - une anesthésie bilatérale permet un blocage anesthésique de la symphyse et du groupe incisivo-canin quand on veut intervenir sur des lésions étendues de cette région.

- Elle doit être complétée par une anesthésie de la muqueuse du côté lingual, - dans la région rétro-incisive. Nous en verrons en détail la technique.

2 - Neurotomie

INDICATION

- ou section du bout périphérique du nerf dentaire inférieur ou trou mentonnier pour névralgies faciales essentielles.

- Il s'agit d'une intervention pratiquée déjà depuis fort longtemps.

- Déjà signalée par Gallien, décrite dès 1830 par Warren, de Boston, une étude plus importante en a été faite par Ch. Monod en 1880, et plus proche de nous, par les travaux du Professeur Delaire, et Landais, précédés de ceux du Docteur Bataille sur la neurotomie sus-spigienne.

- C'est pourquoi nous puiserons dans leurs publications pour exposer les techniques dans leur ensemble.

E - POUR L'EVITER

- Nous venons d'étudier les deux cas où se pose pour le praticien la question de l'abord du nerf mentonnier.

- En fait dans la pratique courante il s'agit bien plus souvent d'éviter ce nerf,

donc de le reconnaître et

de l'isoler

avec suffisamment de soin pour ne pas le léser.

Et vu sous cet angle c'est un problème qui se pose quotidiennement au praticien pour des interventions endo-buccales.

- pour la plupart banales :

A - C'est le cas des incisions muqueuses pour

1 - accidents inflammatoires

2 - chirurgie correctrice des parties molles.

- ou plus délicates :

B - et nous étudierons l'abord osseux de la région prémolaire.

1 - en chirurgie préprothétique osseuse

2 - lors d'une alvéolectomie

3 - lors d'un curettage péri-apical

4 - ou d'un drainage apical

5 - lors de l'exérèse de tumeur bénigne

A - LES INCISIONS MUQUEUSES pour : 1 - Accidents inflammatoires

DEFINITION

Il s'agit des ostéo-périostites ou encore d'abcès sous-périostés d'origine dentaire, dus le plus souvent à

- une arthrite apicale suppurée, du fait de la propagation ligamentaire de l'infection.
- une infection d'un cul-de-sac pyorrhéique.
- ou, plus rarement un accident d'évolution de dent de sagesse (abcès migrateur de Chompret L'Hirondel).

Le traitement chirurgical visera

- à supprimer la cause initiale de l'infection
- à ouvrir la collection purulente pour en assurer le drainage. Ce simple geste suffira à atténuer très rapidement les phénomènes inflammatoires et douloureux.

L'abcès, de volume variable, siège au fond du vestibule, au niveau, ou légèrement au-dessous de l'apex de la prémolaire incriminée, de forme arrondie ou ovalaire, bien délimité, fluctuant. (Il sera d'ailleurs capital d'attendre l'existence de cette fluctuation pour intervenir).

2 - Les incisions en chirurgie correctrice des parties molles

Avant d'en terminer avec les interventions purement muqueuses de la région prémolaire nous envisagerons le problème de la chirurgie préprothétique correctrice des parties molles.

1 - Dans la région qui nous intéresse le vestibule peut être le siège d'INSERTIONS MUSCULO-TENDINEUSE anormalement basses, de BRIDES étroites dont la suppression doit être envisagée chez l'enfant au cours d'un

traitement orthodontique ou au contraire chez l'adulte âgé dont l'état dentaire nécessite le port d'une prothèse.

2 - De ces interventions pour brides nous rapprocherons les interventions pour HYPERTROPHIE MUQUEUSE dans la région prémolaire de la crête, masse de consistance molle qui nuit à la stabilité de la prothèse.

3 - Enfin nous avons aussi à étudier la RECONSTITUTION DES VESTIBULES BUCCAUX.

- Lorsque les insertions des muscles et la réflexion de la muqueuse se trouvent situés près de la crête ou sur la crête alvéolaire elle-même.

- Cette réfection vestibulaire effectuée par voie sous-périostée, par le procédé de Cooley, nous oblige à considérer la possibilité d'"abaissement thérapeutique" des trous mentonniers.

- Des radiographies permettent de situer exactement le niveau des trous mentonniers par rapport à la crête et on ne réalise cet abaissement que lorsque les trous, étant trop près de la crête gingivale, risquent de gêner la plastie des vestibules ou d'être traumatisées par la prothèse. Nous savons en effet que chez l'individu édenté, du fait de la résorbtion alvéolaire, le nerf mentonnier est plus près du bord supérieur que du bord inférieur de la mandibule, il se trouve quelque fois à quelques millimètres de la crête.

B - ABORD OSSEUX

Bien que nous étudions maintenant l'abord osseux de la région prémolaire la chirurgie préprothétique, déjà rencontrée nous fournira un chapitre en abordant

1 - La régularisation des crêtes alvéolaires

qui est fréquemment à pratiquer avant l'élaboration d'une prothèse.

- Elle sera envisagée après une enquête radiologique minitieuse afin de s'assurer que les rapports avec le trou mentonnier ne constituent pas une complication ou un risque opératoire.

2 - Alvéolectomie

DEFINITION

- On décrit sous ce terme, une intervention bien réglée, comportant des temps successifs précis, dans le but de dégager, ou d'extraire des débris radiculaires résiduels, restés inclus dans l'os alvéolaire, après disparition de la partie coronaire de l'organe dentaire.

- Ces débris radiculaires peuvent être nuisibles à plusieurs titres.

Ils peuvent être, entre autres, à l'origine de poussées inflammatoires aiguës à répétitions, de certaines douleurs réflexes, d'origine sympathique et il y aura presque toujours une indication formelle à leur extraction.

Celle-ci sera précédée d'un bilan radiologique complet qui précisera :

- forme et direction des apex,
- présence possible d'une lésion apicale
- et surtout rapport entre racine et trou mentonnier, en ayant à l'esprit les possibilités d'erreur, fréquente dans cette zone.

3 - Résection et curettage

- Il s'agit d'une opération décrite par Claude Martin en 1881. De nombreux travaux lui apportèrent depuis cette date de nombreux perfectionnements, elle bénéficia, entre autre, depuis de l'anesthésie locale et de la radiographie.

DEFINITION

- On distingue sous ce nom l'ablation chirurgicale, effectuée dans l'alvéole, sans extraction de la dent, d'un foyer infectieux circonscrit siègeant à l'apex d'une dent, par voie vestibulaire trans-osseuse.

- L'opération a donc pour but de supprimer tout foyer apical, granulome, petit kyste, extrémité d'apex infecté.

En effet, devant certains troubles réflexes, certaines manifestations à distance des affections dentaires, d'origine sympathique il semble préférable plutôt que d'attendre le lent résultat du traitement médical, de supprimer chirurgicalement un foyer apexien.

D'autre part, elle permet de conserver des dents dont l'importance esthétique et fonctionnelle est grande, quand un traitement médical, ou physiothérapique, (ionophorèse ou haute fréquence ou ozone) a échoué.

Les indications tiendront donc compte de

- l'état général
- l'état de la bouche
- l'état de la dent.

LA RADIOGRAPHIE sera systématiquement pratiquée avant toute intervention car elle peut influencer la décision opératoire et permettra d'apprécier.

1 - La nature des lésions apicales et péri-apicales, granulome, kyste - foyer d'ostéite, etc...

2 - Leur étendue et leur rapport avec les éléments anatomiques voisins.

3 - La direction et la hauteur de la racine, l'état du septum et la perméabilité des canaux, l'existence possible de 2 racines bien qu'il s'agisse de prémolaires inférieures.

Ce temps radiographique, qui apportera des renseignements importants sur le repérage du siège de l'apex est capital en ce qui nous concerne, pour les prémolaires inférieures ; il permettra de préciser les rapports de la racine avec le canal dentaire et le trou mentonnier.

4 - Le drainage apical

En dehors du curettage péri-apical accompagné de résection de la racine qui reste le traitement de choix de la plupart des lésions apicales il est bon de mettre également l'accent dans notre étude, sur le chapitre fort intéressant, bien que mal connu, du drainage apical.

DEFINITION

- Le drainage apical consiste en la fistulisation artificielle par voie trans-osseuse de l'espace péri-apical. Il réalise l'extériorisation du foyer intra-osseux, mais la terebration de l'os est ici rapide et indolore.

- Elle est surtout économe, évitant à l'organisme de faire les frais de la réaction inflammatoire et prévient le réchauffement du granulome.

Il est en somme dans la même séance, le complément du traitement radiculaire qui consiste essentiellement dans la désinfection et l'obturation radiculaires.

AVANTAGES

- En ce qui concerne le problème qui nous intéresse, rappelons l'intensité des phénomènes douloureux lors des réactions inflammatoires consécutives au réchauffement d'une lésion chronique ou liées au dépassement apical au niveau des prémolaires inférieures.

L'intensité des phénomènes douloureux est due à la fois au voisinage du nerf et à la situation profonde, intra-osseuse, axiale des racines des prémolaires inférieures et la proximité de carrefour vasculaire.

Malgré ces dangers, qu'une technique rigoureuse doit savoir éviter, le drainage apical donne ici des résultats remarquables évitant les réactions douloureuses.

A cet endroit, il est nettement plus indiqué que la résection apicale qui est de technique plus difficile et entraîne un délabrement osseux plus important.

INDICATIONS

Dans quelles circonstances peut-on pratiquement envisager de recourir au drainage apical ?

Les indications sont nombreuses :

1 - Il peut être intéressant de créer une fistule artificielle dans le traitement d'une dent infectée,

- atteinte d'une lésion péri-apicale plus ou moins caractérisée,
- lors d'une poussée aigue
- pour éviter le réveil d'une lésion jusque là latente, par le traitement entrepris.

- Dans le traitement des dents infectées, entre les méthodes résolument chirurgicales comme le curettage péri-apical, avec ou sans résection de la racine, et les méthodes médicales, il y a place pour une méthode mixte, plus simple dont les indications sont très étendues.

Elle permet de pousser jusqu'à l'extrême les indications du traitement médical, et peut se substituer au traitement chirurgical qui, ici par sa difficulté technique et la dépense du tissu dentaire, pourrait aboutir à un échec.

MAIS SURTOUT :

2 - Au cours du traitement radiculaire d'une dent, infectée ou non, ce sont aussi les complications immédiates, ou plutôt leur prévention qui sont l'indication du drainage apical.

Que voit-on en pareil cas ?

- La douleur survient dès après l'obturation, pour disparaître pendant 24 à 36 heures, et revient ensuite, extrêmement vive, s'accompagnant de signes d'arthrite de la dent traitée.

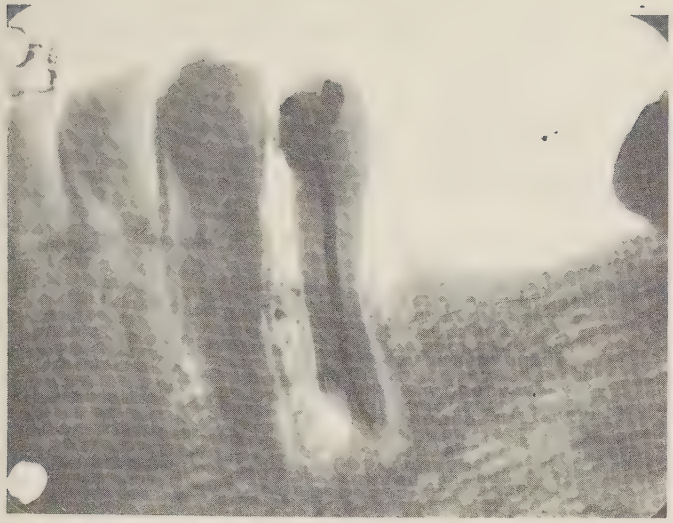
Ceci peut quelquefois céder aux analgésiques mais l'intensité de la réaction

Lésion initiale
août 1959
I

DRAINAGE APICAL

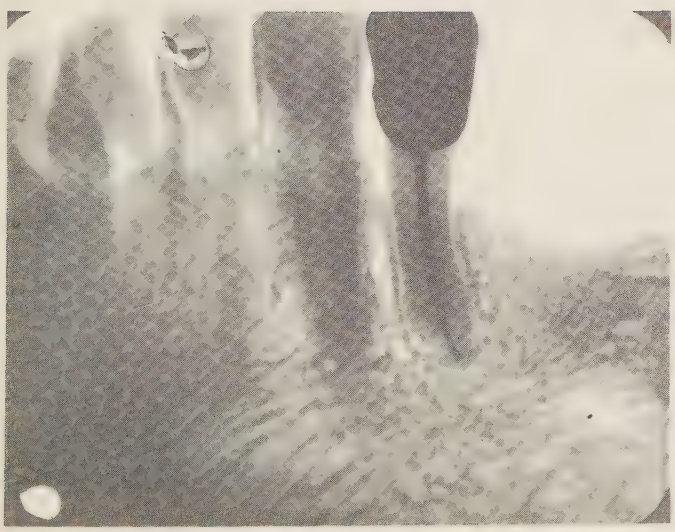
Obturation
+ dépassement apical
août 1959
II

(collection du Dr. Descrozailles)



Trépanation et
suppression du
dépassement apical
août 1959
III

Résultats
août 1959
IV



juin 1962
Prothèse
V

est parfois telle que l'on est amené à prescrire des antibiotiques, parfois accompagnés d'une médication anti-inflammatoire.

- Ce traitement n'apportant qu'un soulagement relatif des phénomènes douloureux le patient découragé va parfois jusqu'à réclamer l'avulsion de la dent en cause - dent cependant correctement traitée et que tout praticien sérieux refusera d'extraire systématiquement.
- Une indication importante du drainage apical nous apparaît ici : c'est le dépassement apical, qu'une technique rigoureuse ne parvient pas toujours à éviter.

B - Abord de la région prémolaire pour

5 - L'exérèse des tumeurs bénignes

Nous étudierons dans ce chapitre l'exérèse des tumeurs bénignes ou supposées telles effectuées par voie endo-buccale dans la région prémolaire.

Malgré leur apparente diversité d'origine et de nature nous en ferons une étude commune pour éviter une énumération fastidieuse. Leur abord chirurgical dans la région prémolaire sera toujours conduit avec un souci identique : la non lésion du mentonnier.

EXPLORATION RADIOLOGIQUE

- Quelle que soit la tumeur envisagée on ne saurait trop insister sur la nécessité absolue de posséder un dossier radiologique complet sans lequel il serait impossible d'envisager une technique opératoire correcte.
- Le dossier comprendra :
  - des films rétro-alvéolaires
  - des films occlusaux
  - des films en incidence "maxillaire défilé"

- éventuellement des tomographies

- il sera bon parfois d'injecter dans la tumeur, et ce, dans la mesure où cela est possible, un liquide de contraste.

- Cette première enquête fournira des renseignements non seulement sur la nature de la tumeur, ce que la clinique permet en principe d'apprécier, mais encore

- sa forme, arrondie ovalaire
- ses contours uni ou plurilobé
- la nature des lignes de bordure
- sa position par rapport au trou mentonnier
- le refoulement du paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur

- On peut s'aider de techniques plus particulières ainsi d'index métalliques qui permettent un repérage précis dans les deux plans de l'espace.

Après avoir étudié les différentes indications de ces intervention intra-buccales nous en envisagerons ensuite les techniques en commençant par le geste le plus courant du praticien.

A - POUR L'EVITER

TECHNIQUE

1 - Anesthésie

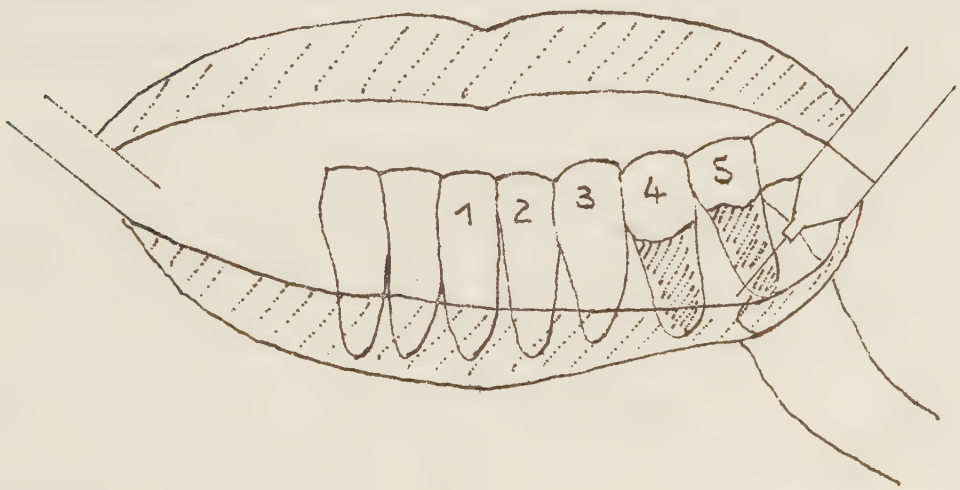
Bien que l'on puisse utiliser la voie extra-buccale, la technique par voie intra-buccale est la plus employée.

a - Position du patient

- le patient se présente la tête fortement inclinée en avant
- l'opérateur, du côté où on pratique l'injection.

b - Point de pénétration de l'aiguille

- l'injection se pratique avec une aiguille ordinaire.
- La main gauche écartant la lèvre inférieure, l'aiguille est enfoncée au fond du cul-de-sac vestibulaire, au droit de la deuxième prémolaire.



c - Sa direction

- Dans le plan frontal

Elle fait un angle de 15° avec l'axe de la deuxième prémolaire.

- Dans le sens antéro-postérieur et ceci est capital, l'aiguille est oblique en bas et légèrement en avant, car rappelons que le trou mentonnier possède un orifice en "gueule de four" regardant en haut et en arrière.

a° - Une discrète infiltration du fond vestibule permet une anesthésie permettant de rechercher l'orifice mentonnier sans être gêné par la réaction douloureuse du patient.

b° - Sa découverte se fait par tâtonnements, on procèdera à de petits déplacements latéraux et verticaux, parvenue à son niveau, l'aiguille y pénètrera aisément si son orientation est convenable.

c° - Profondeur de l'injection

Elle se fait à environ 1 cm du cul-de-sac vestibulaire.

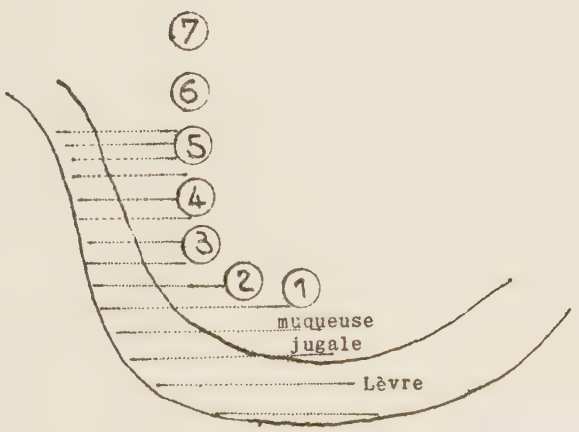
Après une légère infiltration pendant le trajet et la rencontre du trou mentonnier , l'aiguille pénètre de quelques millimètres à l'intérieur du canal.

La quantité de solution anesthésique à injecter est de 1 cm, 5 à 2^{cc}.

RESULTATS

- L'anesthésie apparaît en 5 à 10 minutes, et dure environ 1 heure.
- Elle intéresse :

Topographie de l'anesthésie



a° - au point de vue muqueux

La muqueuse gingivale et labiale inférieure, mais en raison des anastomoses avec le côté opposé l'anesthésie peut ne pas être parfaite dans la région para-médiane.

b° - au point de vue dentaire

- la canine
- l'incisive latérale
- l'incisive centrale, celle-ci partiellement parfois en raison des branches anastomotiques homologues.

- Cependant, la solution injectée dans le trou mentonnier a tendance à diffuser un peu en arrière, si bien que les prémolaires et parfois la première prémolaire peuvent être également anesthésiées.

OUTRE - l'anesthésie, pratiquée au trou mentonnier, et qui demande son repérage correct, ce nerf est parfois le siège d'alcoolisation, quand la Trigger-Zone de l'algie siège dans le territoire du mentonnier. En effet l'injection neurolytique, l'aiguille en place, est plus précise que lors de l'alcoolisation à l'épine de Spix.

2 - Neurotomie

TECHNIQUE

Précisons, dans un intérêt historique, que cette intervention s'est pratiquée primitivement par voie cutanée étant donné les difficultés d'antisepsie et Monod donne une excellente description de cette technique.

"On pratique une incision à la peau, suivant le bord inférieur du masséter, jusqu'à un point situé à un travers de doigt en dehors de la ligne médiane du menton.

- Le bistouri pénètrera du premier coup jusqu'à l'os, au voisinage du masséter excepté, de façon à éviter la section de la faciale.

- Sur l'extrémité interne de cette première incision, on en pratique une autre verticale qui s'arrêtera à 2 ou 3 cm du bord libre de la lèvre.

- Ces incisions permettent de détacher et de relever un petit lambeau comprenant toutes les parties molles et le périoste et mettant par conséquent l'os largement à nu.

Le trou mentonnier sera alors à découvert, on reconnaîtra facilement le nerf qui en sort.

- Actuellement, et depuis l'avènement des antibiotiques cette intervention se pratique par voie endo-buccale et rien ne vient s'opposer à cette technique.

Nous emprunterons aux Professeurs Delaire et Landais la description de l'intervention actuelle.

"Dans un premier temps, le nerf dentaire est repéré et bien isolé à son entrée dans le canal dentaire, à l'épine de Spix.

- Dans le deuxième temps, on expose le nerf mentonnier à sa sortie du trou mentonnier dont on élargit la partie antérieure à la fraise à os afin que son axe prolonge celui du canal dentaire.

- Par ce trou mentonnier élargi et dont l'axe a été redressé, nous introduisons ensuite une longue torsade de fil métallique (4/10 mm) qui est glissée

jusqu'à ce que son extrémité supérieure apparaisse à l'épine de Spix ; quelques mouvements de va et vient détachent le nerf dentaire de ses parois ; on peut alors le sectionner à la sortie du trou mentonnier et arracher par enroulement ses filets cutanéo-muqueux.
Il ne reste plus qu'à attirer par voie rétrograde la portion intra-osseuse du nerf dentaire que l'on étale ensuite dans la cavité buccale où il est totalement exposé. Sa section très haute est devenue très aisée.
L'opération se termine par la suture soigneuse de la muqueuse buccale, sans drainage, avec antibiothérapie locale et générale".

Il est bien évident que ces interventions pour neurotomie sont rares, elles constituent le seul cas où l'abord du mentonnier et sa section sont souhaités et recherchés par le chirurgien.

B - POUR L'EVITER

Nous abordons maintenant le chapitre important des techniques destinées maintenant à éviter de léser le mentonnier en cours des interventions pratiquées dans son voisinage.

Etant donné l'importance des incisions dans cette zone, il nous semble utile de rappeler ici les conditions que doit remplir une bonne incision.

Une incision correctement faite est un des principaux éléments du succès de toute intervention.

- Elle doit

1 - permettre une vue claire du champ opératoire

2 - assurer une bonne irrigation du lambeau

3 - permettre la remise en place correcte de celui-ci de manière à recouvrir entièrement la plaie opératoire.

Une incision insuffisante aurait pour effet

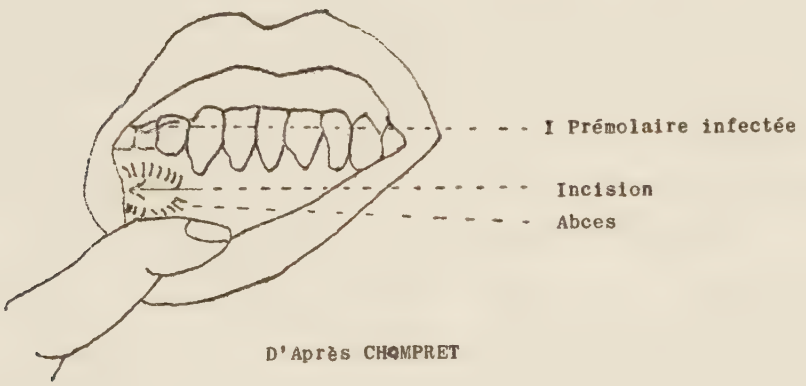
- la dilacération des bords de la plaie par les instruments
- la suture ne tiendrait pas.
- il en résulterait un retard à la guérison sans compter les risques d'infection et d'algies post-opératoires. De plus, dans les cas d'alvéolectomie les bords de la plaie opératoire se trouvent dépourvus de base osseuse et il deviendrait difficile de maintenir le lambeau en bonne position.

A - LES INCISIONS MUQUEUSES pour 1 - Accidents inflammatoires

TECHNIQUE

- La voie endo-buccale est la plupart du temps suffisante si le traitement est envisagé à temps.
- L'incision de la muqueuse sera pratiquée après anesthésie locale par réfrigération au chlorure d'éthyle ou injection superficielle d'un anesthésique adrénaliné.
- Elle sera faite au bistouri, tenu horizontalement, lame en haut, l'opérateur maintenant la lèvre inférieure de la main gauche. Cette incision sera horizontale, parallèle au bord alvéolaire, elle sera faite au point où bombe la tuméfaction, un peu au-dessus de l'apex des prémolaires, sans essayer d'atteindre l'os, il vaut mieux, une fois l'incision pratiquée en agrandir l'ouverture avec une sonde cannelée ou une pince.

ABCES SOUS PERIOSTE



D'Après CHOMPRET

- Une ouverture d'1 cm suffit en général à assurer le drainage, une expression manuelle légère, et bien conduite permettra de le pratiquer le mieux possible et sera moins dangereusepour le mentonnier qu'une exploration aveugle au bistouri qui doit viser simplement à ouvrir la collection sans tenter d'en atteindre le fond.

- Un lavage à l'eau oxygénée, suivi si possible d'une insufflation d'ozone permettra la désinfection complète de la cavité de l'abcès. Dans ce cas, éviter le nerf mentonnier sera une tâche relativement aisée pour le praticien si l'incision, strictement muqueuse est pratiquée avec prudence et au-dessus de son émergence.

2 - Incisions en chirurgie correctrice des parties molles

TECHNIQUE

1 - Dans le cas de BRIDES ou d'insertions musculo-tendineuses BASSES qu'il s'agisse de chirurgie preprothétique chez l'enfant (orthodontie) ou chez le vieillard (prothèse), dans les deux cas la technique sera la même mais nous avons vu en étudiant l'anatomie du mentonnier et ses variations suivant l'âge, que chez l'adulte édenté, le trou mentonnier se trouve en position beaucoup plus haute que chez le sujet denté. La radiographie permet de le situer parfois très près du rebord alvéolaire.

Cette notion restant présente à l'esprit du praticien, le temps le plus délicat de l'intervention ne sera pas tellement l'incision preprement dite, pour aborder la région et qui sera le plus souvent transversale le long de la bride, mais la suppression de la bride elle-même.

En effet, le trousseau fibreux, s'il est peu épaix, s'il s'insère bas, et à l'apex des prémolaires, peut être confondu avec un filet nerveux.

Il sera bon dans ce cas d'être extrêmement circonspect et avant de sectionner ce que l'on croit être une expansion fibro-aponévrotique, de la disséquer attentivement, en ayant à l'esprit l'aspect généralement fasciculé du nerf, d'en vérifier l'origine, la direction , la terminaison, bref de ne pas commettre de section irréparable avant d'en avoir élucidé absolument la nature.

En effet, un champ opératoire un peu hémorragique, un écarteur mal

placé etc... peuvent conduire à de regrettables méprises.

L'isolement rigoureux de chaque élément permettra la dissection de la bride et sa section, et la reconstitution du fond du vestibule sans lésion du paquet vasculo-nerveux mentonnier.

2 - En ce qui concerne LES HYPERTROPHIES muqueuses, ayant toujours présente à l'esprit la situation haute du mentonnier chez cet adulte édenté, on pratiquera deux incisions longitudinales et parallèles, l'une sur la crête, l'autre sur son versant vestibulaire à quelques millimètres en-dessous.

Ces deux incisions se rejoignent à leurs extrémités délimitant le bourrelet charnu à exciser ; on le dissèque avec soin au bistouri et on rapproche les deux lèvres de la plaie afin d'obtenir une suture linéaire.

3 - RECONSTITUTION DES VESTIBULES BUCCAUX

Nous empruntons aux Docteurs Vrasse et Netter la description de cette technique (E.M.C.)

"L'incision horizontale de la fibro-muqueuse et du périoste s'étend le long de la crête depuis la région de la deuxième prémolaire d'un côté jusqu'à la région symétrique de l'autre côté.

Des extrémités de ces tracés partent deux incisions verticales qui coupent transversalement les vestibules de la crête à la joue.

Un très large volet est ainsi délimité.

Il est constitué par la fibro-muqueuse gingivale double du périoste. Celui-ci aura été détaché de l'os de haut en base, aussi profondément que possible jusqu'au-dessus des trous mentonniers. Il entraîne avec lui un certain nombre d'insertions musculaires.

Le paquet vasculo-nerveux mentonnier est soigneusement isolé et incliné doucement vers le haut.

A l'aide d'une fraise à fissure, le bord inférieur de l'orifice est creusé en direction du bord basilaire jusqu'à obtenir les quelques millimètres nécessaires à l'abaissement des nerfs et vaisseaux mentonniers.

La plastie des vestibules fait suite à la phase précédente et en fin d'intervention une gouttière en résine synthétique préparée d'avance est maintenue immobile par des fils périmandibulaires noués à la peau ; elle exerce une pression sur le périoste qu'elle accole à la surface osseuse, et maintient les vaisseaux et nerfs mentonniers dans la rigole creusée à leur intention.

F - APPORD OSSEUX

1 - Régularisation des crêtes alvéolaires

La technique opératoire en sera simple si elle a été précédée d'un examen radiologique minutieux comme nous l'avons vu au chapitre des indications.

1 - Incision de la fibro-muqueuse, en L renversé

2 - Décollement prudent du lambeau par rugination légère qui entraîne le périoste.

3 - Résection osseuse à la pince gouge et régularisation à la rape à os.

4 - Irrigation au sérum physiologique.

5 - Remise en place et suture du volet.

2 - Alvéolectomie

C'est au cours de l'étude technique de l'alvéolectomie que nous étudierons particulièrement en détail les incisions intéressant cette région.

Disons tout de suite que la meilleure intervention est large, dispropor-

tionnée, mais sûre.

- L'extraction des racines des prémolaires inférieures doit être méthodique, aussi peu traumatisante que possible, sous contrôle de la vue et sans violence inutile, en ayant toujours présent à l'esprit le principe de la conservation du mentonnier. L'intervention comporte 4 stades successifs :

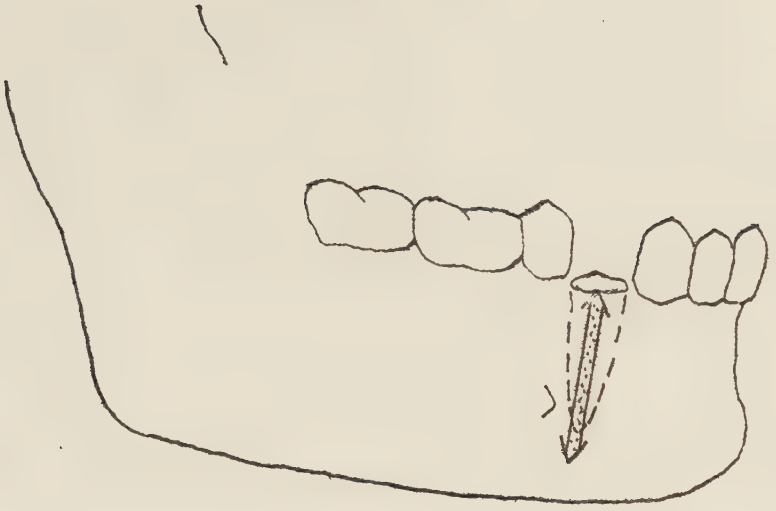
1 - Incision de la fibro-muqueuse
2 - Excision de l'os
3 - Luxation de la racine
4 - Vérification de la plaie opératoire.

TECHNIQUE

1 - L'INCISION de la fibro-muqueuse après une anesthésie soigneuse qui comportera le plus souvent une anesthésie tronculaire à l'épine de Spix constitue le temps principal de l'intervention sous l'angle qui nous intéresse, c'est-à-dire la non-lésion du nerf mentonnier.

- Bien qu'ayant toujours à l'esprit cette conservation, le praticien devra se garder d'adopter une attitude trop "économe", qui se retournerait contre lui et qui sous prétexte d'épargne risque d'effectuer des dégâts encore plus importants.
- C'est pourquoi les deux méthodes suivantes que nous décrirons pour mémoire ne nous semblent pas satisfaisantes :

1 - CERTAINS AUTEURS préconisent une incision verticale, parallèle à l'axe de la dent, partant du bord alvéolaire et s'étendant sur la longueur présumée de la racine.

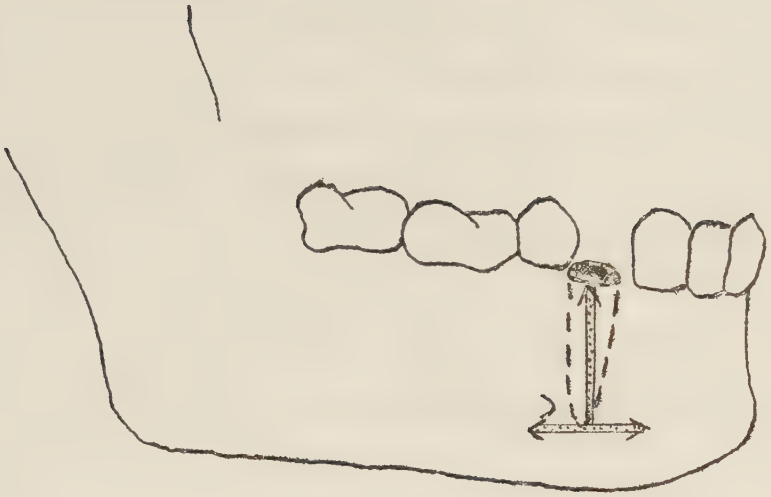


INCISION VESTIBULAIRE
UNIQUE ET VERTICALE

Mauvais type d'incision

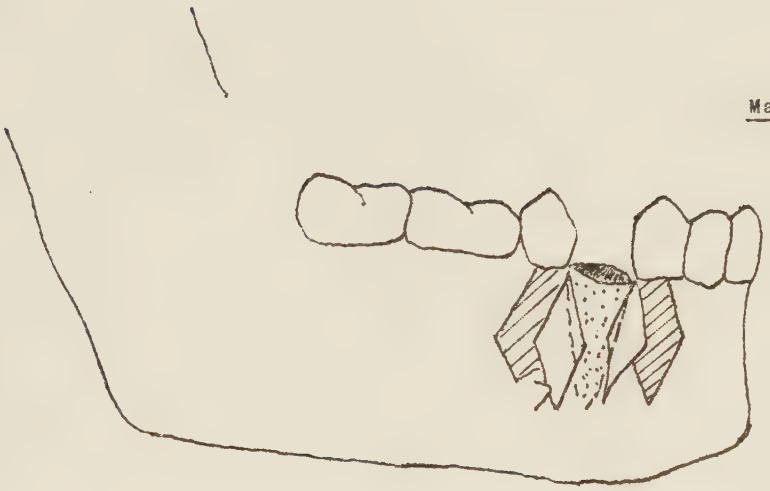
SCHEMA N° 1

2 - D'AUTRES complètent cette incision verticale par une incision en T renversé perpendiculaire à la première, permettant d'écarter deux volets fibro-muqueux.



INCISION EN T

Mauvais type d'incision



SCHEMA N° 2

INCONVENIENTS

Ces incisions, limitées certes,

- ne permettent cependant pas de découvrir un champ opératoire assez grand et l'intervention risque d'être menée à l'aveugle. On risque fort, en essayant d'agrandir le champ, une dilacération des tissus avec lésions des branches d'épanouissement du mentonnier.

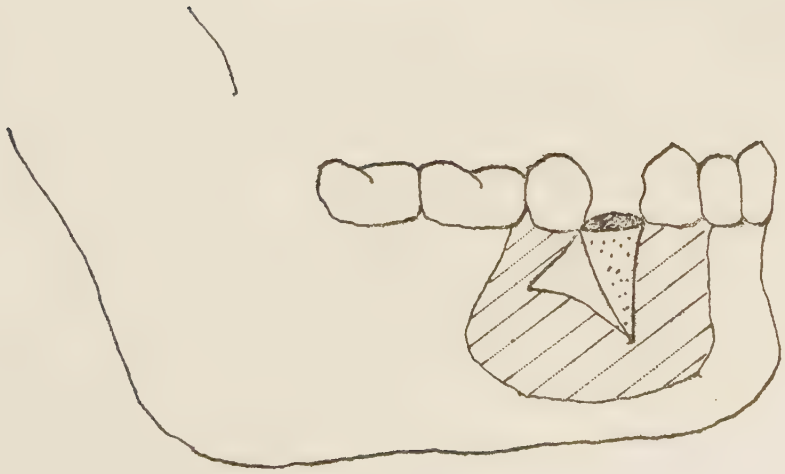
- d'autre part, sur un plan plus général, la muqueuse en fin d'intervention ne repose pas sur un plan solide, les lambeaux ne parviendront pas à recouvrir la plaie dans son ensemble et il y aura tendance à la désunion des sutures.

3 - Certes, l'incision classique de CHOMPRET, en U, partant des deux joints extrêmes de la crête alvéolaire et gagnant le fond du vestibule en délimitant un trapèze à petite base supérieure, ne prête pas à ces critiques :
- le lambeau bien irrigué, en pyramide tronquée que l'on obtient, dégage un champ opératoire suffisant, d'autre part, ses sutures latérales reposeront sur un plan alvéolaire solide et l'affrontement avec la muqueuse qui recouvre la crête alvéolaire sera facile.
- Cependant l'obliquité des deux branches du U constitue une menace pour le mentonnier et nous préférerons finalement à cette incision les procédés suivants :

1 - PARTSCH conseille

a - une incision unique partant de l'espace intersticiel nésial de la dent à extraire avec décollement de la membrane muqueuse vestibulaire.

Incision unique le long de l'espace intersticiel mesial



SCHEMA N° 3

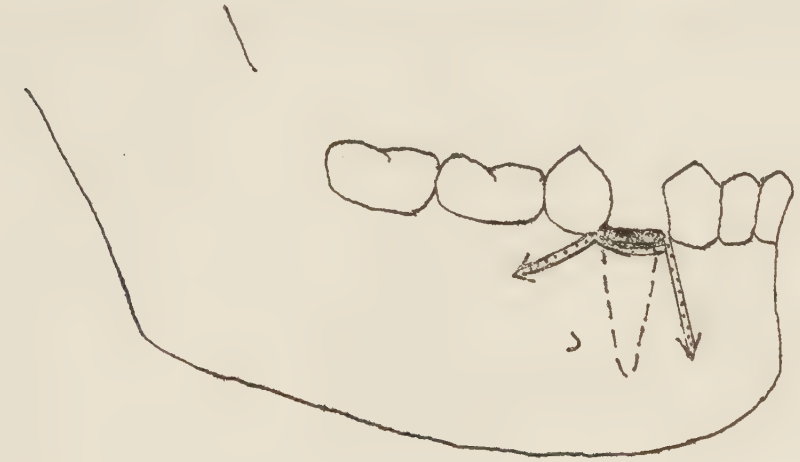
b - Une incision de décharge, horizontale, sur la crête alvéolaire peut s'y ajouter dans les cas où l'extraction a lieu secondairement après cicatrisation des plans de couverture.

- On a ainsi un lambeau triangulaire à charnière postérieure.

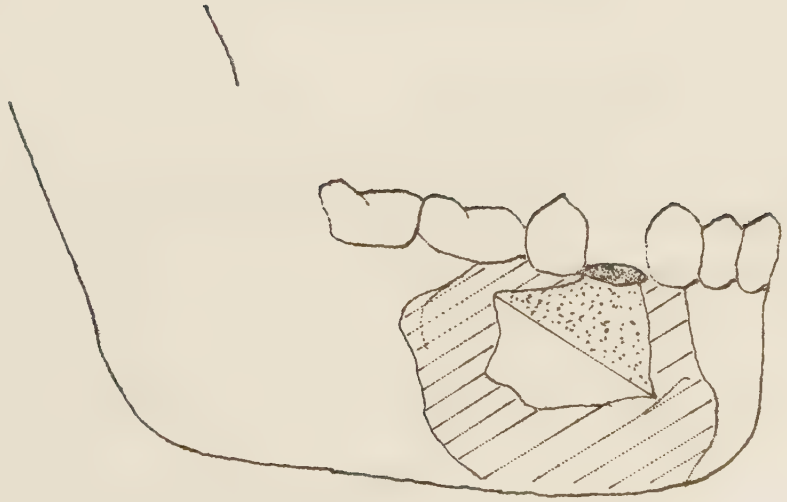
4 - D'AUTRES AUTEURS préconisent une double incision.

a - la première oblique en bas et en avant - partant de l'espace interstitiel et se dirigeant vers la région apicale de la canine,

b - la seconde partant de l'espace distal et se dirigeant presque horizontalement, le long du collet de la dent voisine.



INCISION EN L RENVERSE

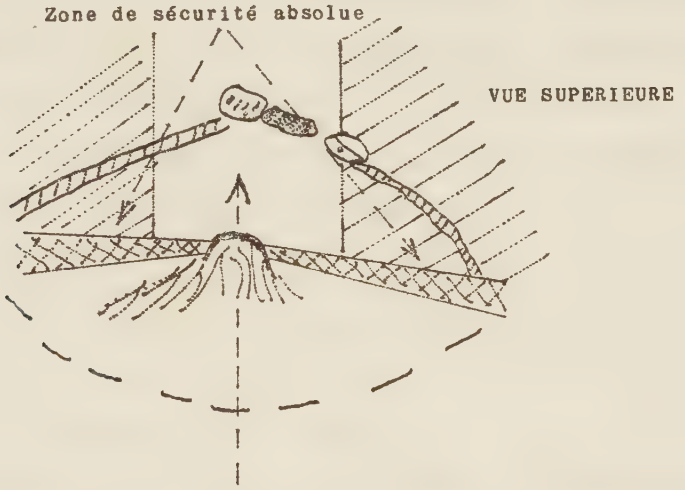


SCHEMA N° 4

AVANTAGES

Cette incision nous semble en fait être la meilleure. Elle délimite deux zones de sécurité, cernant une zone dangereuse, où le décollement s'effectuera avec précaution, à la compresse. En effet, dans le fond de cette incision et de chaque côté, on peut aisément décoller jusqu'au bord basilaire. Au centre, au contraire, on percevra l'adhérence des tissus mous dans lesquels sera compris le mentonnier et qui s'oppose au décollement du lambeau.

En suivant ces précautions on obéit à une règle absolue de chirurgie générale : quand on veut éviter un organe on le découvre, et on l'identifie, afin de le situer et donc de le protéger, ainsi l'uretère dans les hysterectomies difficiles, le cordon inguinale dans la cure des hernies, etc...



SCHEMA N° 5

2 - Décollement et rugination du lambeau

- Le lambeau muqueux délimité par l'incision qui sera, nous le répétons aussi nette que possible, est alors soigneusement décollé avec une petite rugine sur ses bords, et une compresse en son centre, et saisi par une pince ou chargé par un écarteur à griffe en prenant garde de ne pas le dilacérer.

- Le plan osseux est ainsi bien mis en évidence.

- On dégage progressivement la dent en attaquant la table alvéolaire externe à la gouge et au maillet. Préférable à la fraise ces instruments permettent de faire disparaître le volet osseux par copeaux et de garder un champ opératoire net.
- Sachant que l'émergence du tronc du mentonnier se situe le plus souvent entre les apex des deux prémolaires, on sera extrêmement circonspect dans cette région et on n'essayera pas de dégager à tous prix la racine dans son ensemble.

3 - Luxation de la racine

C'est pourquoi, dès que la racine paraîtra suffisamment dégagée on tentera de la luxer à l'élévateur ou bien on la saisit avec un davier à mors fins.

Il vaut mieux compléter, au cours de l'opération, et en cas de besoin, la mise à nu de la racine que de libérer d'emblée toute sa face externe au risque de léser gravement le mentonnier.
- Si cependant celui-ci venait à se trouver dans le champ opératoire on évitera toute manoeuvre qui risquerait de le léser,
- pas d'étirement de son tronc,
- pas de section de ses branches d'épanouissement,
- pas de curettage alvéolaire intempestif,
- ni de régularisation à la pince gouge violente.
- On s'assure de la régularité des bords de l'alvéole et l'on peut alors passer au dernier temps.

4 - VERIFICATION DE LA PLAIE ET SUTURE

- Deux ou trois points de suture ou plutôt de rapprochement sont utiles le plus souvent pour maintenir en place le lambeau muqueux. Il faut auparavant bien nettoyer la plaie opératoire pour désinfecter et assurer l'hémostase, ou encore faire une insufflation d'ozone.

3 - Résection et curettage apical

TECHNIQUE

Si la technique du curettage péri-apical est théoriquement classique, son utilisation dans le cas des prémolaires inférieures demande un soin extrême étant donné les possibilités d'ouverture du canal dentaire et la section nerveuse possible, soit dans le canal, soit à la sortie au trou mentonnier avec les conséquences désastreuses qu'elle entraîne par mortification de toutes les dents du maxillaire correspondant et anesthésie labio-mentonnière durable.

C'est à tous les temps de l'intervention que l'attention de l'opérateur sera en éveil et la technique de curettage péri-apical des prémolaires inférieures diffèrera légèrement de celui des incisives et canines.

1er temps.

ANESTHESIE

Afin d'obtenir un silence opératoire absolu, on peut associer à l'anesthésie locale du nerf mentonnier et à l'infiltration ligamentaire une anesthésie tronculaire à l'épine de Spix.

2 - L'anesthésie obtenue, les écarteurs mis en place et dégageant bien la région opératoire on trace au bistouri l'incision. Celui-ci doit être situé perpendiculairement à l'os. Ses caractères sont capitaux pour l'étude qui nous préoccupe.

- Siège - elle sera assez haut située, à mi-hauteur de la racine
- En forme de L renversé présentant une branche linéaire, transversale, parallèle au plan, triturant, et une branche verticale en direction de l'apex de la canine. Elle délimite un très large lambeau.

La section de la muqueuse doit être franche mais on ne doit pas chercher à obtenir immédiatement le contact osseux de peur de sectionner le tronc du mentonnier à la sortie du trou.

3 - La muqueuse une fois incisée, la rugination à l'aide d'une rugine s'effectuera progressivement avec douceur et minutie.
- Cette rugination effectuée avec soin a l'avantage de bien dégager le champ opératoire et de tarir les petites hémorragies, elle permettra d'arriver sur le plan osseux, en écartant les tissus mous et en protégeant éventuellement à l'aide de l'écarteur, l'épanouissement du nerf mentonnier.

4 - La trépanation du foyer s'effectue à sa partie supéro-externe. On réalisera celle-ci de préférence, à la gouge, qui effectue plus rapidement et avec davantage de sécurité une ouverture propre, nette, laissant apparaître l'apex à resséquer.

5 - Lors de la section de la racine qui s'effectue à la fraise on se méfiera

1 - d'une possible dilacération du lambeau muqueux avec section des branches du nerf.

2 - d'un dérapage possible, en cas de point d'appui insuffisant, qui risque de faire dépasser à l'opérateur le but recherché et entraîner une perforation osseuse.

6 - Le curettage du foyer, effectué à l'aide de curette de Chompret doit se faire avec douceur, jusqu'à obtention d'une cavité propre et régulière.

Nous n'insisterons pas dans cette étude sur le temps radiculaire de l'intervention qui sera conduit suivant les méthodes classiques, ainsi que la fin de l'intervention. Il n'est presque jamais nécessaire de suturer.

Quand l'intervention a été conduite avec soin en respectant au maximum l'intégrité du paquet vasculo-nerveux les suites opératoires et les résultats sont excellents.

4 - Drainage apical

TECHNIQUE

Elle se rapproche de celle du curettage péri-apical mais à minima, c'est-à-dire que :

- l'incision de la muqueuse
- la rugination du périoste
- la trépanation osseuse
- l'atteinte de la racine
- le curettage péri-apical

sont extrêmement limités.

- Le traitement radiculaire complet doit être fait avant l'intervention.

a - Après une anesthésie effectuée selon les méthodes classiques
b - L'incision, d'une longueur minimum de 1 cm horizontale, sera pratiquée nettement plus haut que la région apicale des prémolaires.
c - La rugination, extrêmement prudente, permet de découvrir le nerf qui, rappelons-le, à son émergence ne se dirige pas tellement en avant vers la lèvre mais transversalement en dehors et parfois un peu en arrière.
d - Le nerf découvert, il sera facile d'en éviter la lésion en faisant la trépanation nettement au-dessus de lui.

- Lorsque la lésion péri-apicale est étendue la trépanation peut se pratiquer au-dessus de l'apex mettant à l'abri d'une lésion possible du nerf.

- La trépanation sera faite à la fraise ronde et sera limitée, rappelons en effet qu'on ne recherche que la fistulisation.

Le foyer sera partiellement détruit à l'excavateur qui essayera de ramener si possible la totalité du débordement apical de la pâte.

Les résultats de cette intervention minime sont excellents, sa relative facilité dans cette zone dangereuse que représente la région prémolaire inférieure en font une thérapeutique simple et efficace.

1 - La désorganisation du foyer apical ne peut que faciliter la guérison de la lésion.

2 - Il n'y a pas de réaction à l'obturation du canal, et c'est pour nous l'avantage primordial.

5 - Exérèse de tumeur bénigne

TECHNIQUE

L'intervention -

Se situant au niveau du nerf mentonnier, la découverte et l'isolement de celui-ci constitue l'objectif initial du chirurgien.

Compte-tenu de cette précaution l'intervention comprendra toujours les 4 temps classiques :

1 - Incision de la fibro-muqueuse, elle sera horizontale, suffisamment longue, on lui adjoint éventuellement deux incisions de décharge dirigée vers le vestibule.
Mais le bistouri, tenu horizontalement ne cherchera pas immédiatement le contact osseux.

2 - Rugination de la muqueuse et du périoste, prudente et qui permettra de décoller un lambeau qui sera chargé à l'aide d'un écarteur.

3 - Trépanation de la paroi osseuse, elle est d'une épaisseur tout à fait variable, et peut être simplement réduite à une mince pellicule osseuse. Le trou mentonnier est parfois proche de la crête alvéolaire, cette disposition, fréquente chez l'édenté total ancien peut compliquer la technique et faire envisager de pratiquer un abaissement du trou mentonnier (technique de Mathis) :

- Après isolement du nerf mentonnier celui-ci est attiré sans excès vers le haut à l'aide d'un crochet et à l'aide d'une fraise à fissure on abaisse la limite inférieure du trou mentonnier jusqu'à position recherchée.

4 - Le décollement et le clivage de la tumeur des plans osseux qui l'entourent présente des difficultés diverses selon la nature et la forme de la tumeur, celles-ci seront maxima en cas d'épanouissement, d'étalement du nerf sur le pôle supérieur de la tumeur.

II .

Nous voyons que pour le stomatologiste, dans l'exercice quotidien de sa profession le nerf mentonnier constituera un problème lors d'intervention

- par voie muqueuse
- par voie osseuse

Mais jusqu'ici endo-buccale.

Cependant il existe toute une catégorie d'interventions où le nerf mentonnier risque d'être lésé gravement, il s'agit des interventions par voie exo-buccale, cutanée.

Mais devant - la gravité de ces interventions
- le pronostic vital souvent en jeu
- l'étendue des lésions et leur importance tant fonctionnelle qu'esthétique,

la conservation de la sensibilité labio-mentonnière paraît un bien petit problème, et bien minimes les inconvénients que peuvent en provoquer la lésion.

Si en effet l'intégrité du nerf mérite d'être respectée au cours d'une alvéolectomie ou d'un curettage apical, cette considération s'efface devant des impératifs autrement importants...

Il en est ainsi

1 - Dans les fractures mandibulaires

INDICATION - La thérapeutique visera chez le sujet denté à rétablir

l'articulé aussi exactement que possible, chez l'édenté à obtenir une consolidation en position des fragments telle que le port d'une prothèse de restitution soit possible.

- Les moyens thérapeutiques prothétiques étant insuffisants ou ayant échoué, on envisage une ostéo-synthèse. Qu'elle soit pratiquée par fil ou plaque, un repérage clinique et radiologique soigneux du siège de la lésion permet de choisir la situation de l'incision la plus favorable et son étendue la plus réduite.

TECHNIQUE

- Les orifices pratiqués dans les fragments seront percés à au moins 3 mm du trait de fracture et suffisamment bas pour éviter la lésion du paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur et du mentonnier.

De même la rugination de la partie inférieure des fragments sera la plus prudente possible.

En fait il est parfois difficile dans l'anesthésie plus ou moins définitive qui accompagne ces interventions de faire la part qui revient

- à la fracture elle-même
- à la thérapeutique...

et à la vérité elle est rarement, de très longue durée dans les fractures sans perte de substance, et dans les cas les moins favorables elle est surtout gênante pour les morsures qu'elle provoque.

Nous retrouvons le même problème

2 - Dans les résections mandibulaires

A - Dans le traitement de la Prognathie Mandibulaire et de la Lathérognathie

Nous n'entreprendrons pas une étude des traitements chirurgicaux de la prognathie mandibulaire.

- Disons seulement qu'en ce qui concerne les interventions purement cutanées, sans ouverture de la cavité buccale, portant sur la branche horizontale, les premières interventions de Pilcher, Ernst, Von Eiselsberg comportaient une section du paquet vasculo-nerveux.

Ginestet et Chemin (1944) proposent une résection segmentaire bilatérale des branches horizontales par voie cutanée et sous périostée qui ménage ce paquet vasculo-nerveux.

New et Erich, parviennent au même résultat mais en utilisant une voie mixte, cutanée et buccale,

- Ainsi que Digman, qui intervient deux fois à 6 semaines d'intervalle.

Quoi qu'il en soit, pour placer les choses à leur juste valeur nous ne pouvons mieux faire que citer K. Thoma "C'est une question à débattre de savoir si la conservation du nerf vaut les ennuis qu'apporte l'essai de la conservation, car le nerf coupé dans l'os se reconstitue sans trouble important en 6 semaines à 6 mois.

E - Dans la cure des tumeurs malignes

- et ce seul adjectif relègue bien loin, et au dernier rang de nos préoccupations la question de la sensibilité gingivo-labiale. Qu'il s'agisse de sarcome ou d'épithélioma lorsque la décision chirurgicale est prise et qu'une résection plus ou moins importante est envisagée, le problème de la conservation du mentonnier devient très secondaire,

- Quoi qu'il en soit et pour rester sur une note optimiste nous ne pouvons que citer les réflexions du Professeur Cernea lui-même qui, après de nombreux travaux sur les résections mandibulaires constate dans une discussion à la Société de Stomatologie (Novembre 1962) :

" Le problème de la sensibilité mentonnière est différent selon que l'on intervient en deça ou au-delà du trou mentonnier. Si le trait de section

passe dans la région prémolaire, dent de 6 ans et au-delà, il est évident que la sensibilité mentonnière est altérée, mais se rétablit assez vite.

Quand la résection est médiane, ou passe au-delà, il est évident que l'anesthésie est totale et que la récupération est beaucoup plus lente. Elle est susceptible de ne se produire qu'au bout d'un an ; tandis que si l'on a laissé le T.M. on a quelquefois la surprise de voir la récupération de la sensibilité se faire au bout de quelques semaines".

oOo

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, que conclure ?

- Nous avons appris que le nerf mentonnier, branche de terminaison du dentaire inférieur, lui-même branche du maxillaire inférieur donne sa sensibilité à la muqueuse labiale et à la peau de la lèvre inférieure.

Anatomiquement, il apparaît dans la région mento-génienne au trou mentonnier, creusé à la face antéro-externe de la mandibule.

- C'est à ce niveau que se pratiquent les manoeuvres visant à l'aborder.

- Sachant d'autre part que son émergence se situe le plus souvent entre les apex des deux prémolaires inférieures :

A - Il nous est apparu qu'il existait là une zone dangereuse où il pouvait être lésé.

Nous avons constaté, en les étudiant, que lors des interventions, qu'elles soient muqueuses ou osseuses, intéressant cette région, la conservation de l'intégrité du mentonnier nécessite toute la compétence et l'habileté du praticien.

Mais rien n'étant absolu, ni fixé, en médecine, il semble tout de même bon, en l'occurrence afin de dégager la responsabilité de l'opérateur de prévenir le patient du risque, même minime qu'il assume, étant données les difficultés susceptibles d'être rencontrées.

B - Cependant, certains facteurs permettent de ne pas faire de "cette conservation à tous prix" un dogme absolu.

1 - Il semble qu'après une simple lésion on puisse envisager la possibilité d'une régénération, mais celle-ci est très longue à obtenir, et en fait est rarement totale.

2 - Certes, en cas de section complète et définitive, tout espoir reste vain dans ce domaine mais en ce cas, il s'agit la plupart du temps de section dûment réfléchie chez un patient prévenu des risques opératoires, qui, le plus souvent, dépassent le simple domaine de l'anesthésie mentonnière.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur M. DECHAUME

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY et FRIEDEL
Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale.

- ACHARD et GIEN
Diagnostic des tumeurs du maxillaire.
Revue de stomatologie 1928

- BATAILLE
Neurotomie susptgienne. R.S. 1956.

- BERTRAND, DECHAUME et LADRONIQUE
Technique radiologique bucco-dentaire.

- BONNEAU
Technique radiologique et Erreurs d'interprétation. E.M.C.

- CERNEA
Tumeurs bénignes des maxillaires - E.M.C.

- CERNEA
Tumeurs malignes de la cavité buccale - E.M.C.

- CERNEA, DESCROZAILLES
Nerf dentaire inférieur - R.S., 1944.

- COGSWELL
Problèmes chirurgicaux concernant le nerf maxillaire inférieur
A. Am. Dental. ASS. - Juin 1942.

- DECHAUME
Précis de stomatologie.

- DECHAUME, GRELLET, CAUHEPE
Bibliothèque de thérapeutique médicale.

- DECHAUME, CHOMPRET, RICHARD
Chirurgie stomatologique.

- DECHAUME, GRELLET
Ostéite des maxillaires - E.M.C.

- DECHAUME, CREPY
Ostéo-synthèse au fil d'acier. R.S. 1953

- DECHAUME, COMMISSIONAT
Affection stomatologique et pathologie cutanée. E.M.C.

- DECHAUME
Le rôle du sympathique en stomatologie. R.S. 1954.

- DELAIRE et LANDAIS
Neurotomie du nerf dentaire inférieur. R.S. Oct. Nov. 1962

- DESCROZAILLES, BARRAT
Anesthésie loco-régionale. E.M.C.

- DESCROZAILLES, CREPY
Complication des extractions dentaires. E.M.C.

- DIEULAFAY et GAYRAL
Topographie du système dentaire.
Journal d'anato. et de physio. 1909.

- DUBECQ
Nerf dentaire inférieur. R.S. 1935.

- DURING et VIELA
Emergence du v. R.S. 1926.

- GINESTET
Topographie du canal et du nerf dentaire inférieur. R.S. Avril 1954.

- GINESTET
Nerf dentaire inférieur. R.S. 1933-1934.

- GINESTET et MERVILLE
Fractures du maxillaire inférieur. E.M.C.

- GINESTET et OUARY
Malformations du maxillaire inférieur. E.M.C.

- HELD
Thèse.

- HOUELACQUE
Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens.

- HOUELACQUE
Ostéologie.

- KIZYATI
Les incisions en chirurgie dentaire.

- LATTES et BATAILLE
Tumeurs bénignes des maxillaires.
Presse Médicale, Février 1952.

- LETIEVANT
Sections nerveuses.

- LOTTE
Thèse Paris 1922. La résection apicale trans-maxillaire intra-alvéolaire, traitement des complications radiculo-dentaires.

- MERLE, BERAL
Injection de lipiodol dans les kystes.
Congrès de stomatologie 1949.

- MILEFF
Nerf dentaire inférieur. Thèse Lyon 1930.

- MOLIERE D.
Anatomie et Physiologie du nerf dentaire inférieur. Thèse Paris 1871.

- MONOD
De la résection du nerf dentaire inférieur.
Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie 1884.

- ROUVIERE
Anatomie humaine descriptive et topographique.

- RUPPE
Forme et structure du maxillaire inférieur.
Revue de stomato. 1928.

- SIMPSON
Plaies des nerfs dentaires et mentonniers.
J. Oral surgery - Juillet 1958.

- TESTUT, LATARJET
Anatomie humaine.

- THOMAS
Analyse des nerfs inférieurs alvéolo-dentaires et mentonnier.
J. Comp. Neurol. Juin 1946.

- THIBAULT, PARANT
Petite chirurgie de la bouche.

- VRASSE et NETTER
Chirurgie Préprothétique. E.M.C.

- WASSMUND
Précis de Pratique chirurgical. 1935.

- WOULDS
Un cas d'anesthésie de la région mentonnière.

- WOULDS
Archives stomato. Janvier S.S.

oOo

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90